2

DE

L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES

DANS LE

TRAITEMENT DES OPHTHALMIES

ET DES MALADIES DES YEUX.

DISCOURS DE M. H. LARREY

A L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE (SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1856).

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

RUE HAUTEFEUILLE, 19.

1856.

PRESENTED BY the AUTHOR

EXTRAIT

DU BULLETIN DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

1856, tome XXI.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2

DE

L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES

DANS LE TRAITEMENT DES OPHTHALMIES

ET DES MALADIES DES YEUX.

Messieurs, dans la dernière séance de l'Académie, notre honorable collègue, M. le docteur Bonnafond, a lu un mémoire intitulé : *Nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies.* L'importance de cette question a paru frapper votre attention, comme elle a particulièrement fixé la mienne depuis longtemps. Il y a dix-huit ou vingt ans déjà, que mes premières études se sont dirigées vers ce sujet ; et, après bien des recherches, après de nombreux essais, j'ai acquis la certitude que l'occlusion des paupières peut trouver de très bonnes applications dans la thérapeutique, non-seulement de certaines ophthalmies, mais encore de diverses maladies des yeux. Je me hâte cependant d'ajouter que je suis loin de partager la confiance excessive accordée par M. Bonnafond à ce genre de traitement antiophthalmique. C'est pour l'apprécier à mon point de vue, que j'ai demandé la parole au commencement de cette séance.

J'aurais voulu lire à l'Académie un travail rédigé d'après tous les documents que j'ai recueillis ; mais le temps m'a manqué pour le faire. Je réclame donc son indulgente attention pour discuter, à l'aide de mes notes, le mémoire de notre confrère. Mon désir aussi est de le compléter par quelques considérations générales et historiques, utiles, il me

semble, à l'examen préalable du principe même de l'occlusion palpébrale (1).

C'est d'abord ce principe que M. Bonnafond aurait dû poser, avant d'attribuer à un mode de faire, à un moyen ou procédé qu'il qualifie de méthode, des avantages admissibles sous certains points de vue, mais contestables sous d'autres rapports. Il aurait reconnu, comme nous tous, que ce principe dérive de l'occlusion naturelle, instinctive ou spontanée des paupières, qui se ferment en effet d'elles-mêmes, soit tout à fait, soit à demi et par un simple clignotement, pour se soustraire à l'éclat de la lumière, à l'action de l'air, au contact ou à l'approche des corps étrangers, à toute cause, en un mot, d'irritation extérieure.

N'est-ce pas l'observation générale de ce phénomène si simple, l'occlusion naturelle des paupières, qui a certainement indiqué l'emploi de l'occlusion artificielle ? D'où le principe et ensuite la méthode offrant elle-même des distinctions à établir, avant l'énumération des procédés ou des moyens très divers qui s'y rattachent. Ces prolégomènes abrégés m'ont paru nécessaires pour me permettre d'apprécier mieux les points les plus essentiels de la question.

Cette occlusion artificielle est tantôt incomplète, tantôt complète. Il suffit même de l'obscurité pour obtenir un pareil résultat dans la thérapeutique générale de la plupart des affections des yeux, contre les ophthalmies surtout accompagnées de photophobie, contre les névropathies oculaires, ou à la suite des opérations délicates pratiquées sur l'œil. Combien même ne dépendent-ils pas de résultats favorables de ce milieu d'obscurité ambiante pour beaucoup de malades indociles ou réfractaires à l'application de moyens d'occlusion plus directs (2) ?

L'occlusion est encore incomplète à l'aide des conserves, des gardes de vue, des abat-jours ou des écrans, mais elle

(1) Depuis la séance, j'ai rédigé ce travail pour sa publication dans le *Bulletin de l'Académie*.

(2) Il faudrait que les grands hôpitaux fussent pourvus chacun d'une

peut suffire, s'il ne s'agit que de protéger la vue contre la lumière vive de l'éclairage ou la chaleur rayonnante d'un foyer. Les Esquimaux, pour se préserver de la lumière fortement réfléchie sur la rétine, quand le soleil est assez élevé au-dessus de l'horizon, posent devant leurs yeux des espèces de louchettes percées d'un petit trou. Un bandeau simple placé au-devant de l'œil ou pouvant soutenir la paupière supérieure abaissée, a l'avantage de garantir en partie l'organe faible ou malade sans le fatiguer, et souvent ce seul moyen d'ailleurs accessoire au traitement spécial, contribue à la guérison. Beaucoup de chirurgiens s'en tiennent là, et, parmi les oculistes qui ne faisaient pas autrement, nous devons citer en première ligne le célèbre Wenzel.

L'occlusion complète dont M. Bonnafond s'est proposé de nous démontrer les avantages, en les attribuant au mode ou procédé qu'il préconise comme nouveau, est une méthode bien connue et fort ancienne. Nous ne devons donc pas nous faire l'illusion d'une découverte à cet égard.

Sans rattacher cependant l'occlusion palpébrale à l'origine antique de la prothèse oculaire, nous apprenons par exemple de Celse que, de son temps, après l'opération de la cataracte, on appliquait sur l'œil un morceau de laine enduit de blanc d'œuf (1). Il me semble que la propriété agglutinative et solidifiable de l'albumine pourrait être essayée de nouveau comme mode d'occlusion fixe, à peu près de même que mon père en avait fait l'application au mélange adhésif de son appareil inamovible.

Les Égyptiens auxquels il avait emprunté cette idée thérapeutique, lui avaient montré aussi les avantages que l'on peut retirer de l'occlusion complète des paupières dans

salle d'ophthalmiques, comme cela existe dans quelques-uns, et comme je l'ai obtenu pour les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce et du Gros-Caillou.

(1) J'ai su par M. Desportes que mon père avait conseillé un jour, dans une consultation pour une ophthalmie grave, l'application sur l'œil d'un blanc d'œuf à demeure.

certains cas bien appréciés. Pour admettre, en effet, l'opportunité de cette méthode dans le traitement de l'ophthalmie purulente, si répandue dans cette contrée, il faut supposer que les Égyptiens en restreignent l'emploi à la période secondaire des accidents, car pendant la période même de la purulence, l'occlusion serait assurément une pratique désastreuse que nous ne saurions trop réprouver. C'est pourquoi, si je l'ai bien compris, je m'étonne de l'assertion émise par M. Bonnafond à ce sujet.

Il a vu comme moi, mieux que moi et comme d'autres, en Afrique, les médecins arabes ou thébibs employer l'occlusion palpébrale contre certaines maladies d'yeux presque aussi communes en Algérie qu'en Égypte. Mais là encore, malheureusement, ce n'est pas toujours l'appréciation rationnelle des indications qui justifie cette coutume, c'est trop souvent, comme pour le reste, l'empirisme, l'incurie et la répugnance des Arabes à supporter l'intervention de la chirurgie.

Est-il besoin de démontrer davantage l'origine ancienne de l'occlusion complète des paupières ? Je ne le pense pas ; et d'ailleurs, à diverses époques, admettons-le plutôt que de le contester, bien des chirurgiens, bien des oculistes ont dû recourir souvent à cette sorte de médication passive, après l'usage, l'abus ou l'insuffisance des médications dites actives. Mais rien, à ma connaissance, dans la tradition écrite ou dans les livres que j'ai consultés, rien ne peut faire supposer que la pratique de l'occlusion ait été autrefois érigée en méthode générale ou raisonnée dans la thérapeutique des ophthalmies, mot qui comprend, comme on le sait, pour beaucoup d'anciens auteurs, les maladies d'yeux les plus différentes les unes des autres.

Cependant alors que la méthode manquait encore, les procédés ou moyens ne manquaient pas. Je prie M. Bonnafond de le remarquer avec moi. Passons en revue quelques-uns de ces moyens d'occlusion.

Les paupières, exactement closes, représentaient, pour Wenzel, une compresse naturelle à laquelle bien d'autres

avant lui ont ajouté toutes sortes de compresses artificielles, autrement dit des bandages.

Il suffit de parcourir les traités spéciaux de petite chirurgie, le livre notamment de M. Gerdy, pour se rappeler la composition et l'application des bandages destinés à couvrir les yeux. Le croisé d'un seul œil, œil simple ou monocle, le croisé des deux yeux, œil double ou binocle, le circulaire du front, ou bandeau, etc., sans parler des appareils de pansement modifiés, à la convenance de chacun et offrant tous, dans leur emploi, des résultats comparables d'après l'appréciation clinique. Ces résultats sont loin d'atteindre toujours le but qu'on se propose, et quelquefois même ils sont plus regrettables qu'encourageants, à tel point que plusieurs des ophthalmologistes dont l'opinion fait autorité, attribuent aux bandages d'occlusion plus d'inconvénients que d'avantages.

Wenzel, Jæger, de Walther, Saint-Yves, Demours et d'autres reprochent à ces appareils, pour peu qu'ils soient épais ou serrés, d'entretenir ou de provoquer dans l'œil la chaleur, la congestion, le frottement et la titillation, les épanchements et la sécrétion des larmes, du mucus, du pus, en retenant sous les paupières ou entre elles et les pièces du pansement, ces différents liquides dont l'abondance et l'âcreté peuvent aggraver l'affection oculaire. Faisons la part de l'exagération dans ces reproches, et nous reconnaîtrons qu'ils sont généralement fondés, s'il s'agit surtout de la thérapeutique des ophthalmies.

Or, n'est-ce pas là précisément le point de la question le plus directement applicable au travail de M. Bonnafond? L'appareil qu'il préconise contre les ophthalmies, comme un nouveau mode d'occlusion, n'appartient-il pas à la catégorie des bandages dont l'action peut être en effet si nuisible? Cet appareil, composé d'un linge fenêtré et cératé, d'un plumasseau de charpie, d'un disque de diachylon, d'une compresse et d'une bande en monocle, ne présente-t-il pas les défauts reprochés à tous les autres? Que ce soit à tort, je veux bien le croire, puisque M. Bonnafond a constaté au contraire les résultats les plus heureux de sa

manière de faire. Les soins qu'il apporte sans doute dans l'application de son bandage, les précautions qu'il doit prendre pour en prévenir les inconvénients et en assurer les avantages, l'habitude enfin qu'il a acquise de son emploi méthodique, sont autant de garanties en sa faveur. En serait-il de même sans de semblables conditions ? Notre honorable confrère nous permettra d'en douter !

Voilà ainsi une large part faite à la critique des bandages d'occlusion palpébrale, toutes les fois qu'ils sont lourds et épais. Mais lorsque ces appareils peuvent être légers et minces, en même temps que soumis à une application rationnelle et à une surveillance exacte, loin d'être rejetés de la thérapeutique oculaire, ils devraient, selon nous, devenir plus généralement usités. Je partage donc, avec cette restriction, la confiance de notre honorable collègue, et beaucoup de chirurgiens ou d'ophthalmologistes seront sans doute de cet avis.

Il en est même plusieurs, assurément, qui ont eu recours, dans bien des cas, à des bandages d'occlusion complète, avec des résultats avantageux, sans avoir prétendu faire une découverte ou seulement proposé une méthode nouvelle.

Le principe même de l'inamovibilité de ces appareils pourrait être revendiqué en faveur de celui qui l'avait généralisé dans sa longue carrière. On me permettra de rappeler que le premier de mes maîtres, mon père, partisan déclaré des pansements rares, maintenait souvent à demeure l'occlusion des paupières, pendant plusieurs jours, dans différents cas d'ophthalmie traumatique, ou au déclin des autres ophthalmies, ou pour quelques-uns de leurs accidents secondaires et à la suite de certaines opérations pratiquées sur les yeux. Je pourrais en citer bon nombre d'exemples, si je n'éprouvais une sorte d'embarras à les choisir, sans prévention légitime (1).

Parlons plutôt de quelques autres modes d'occlusion, pour

(1) L'un des faits les plus remarquables à citer serait relatif à ma sœur elle-même, qui étant enfant, se creva l'œil droit avec la pointe d'un

démontrer aussi que la méthode comporte bien des procédés.

Mayor (de Lausanne), qui a tant préconisé l'usage du coton dans les pansements, en faisait l'application aux yeux, à l'aide d'un bourdonnet de coton cardé qu'il soutenait avec un simple bandeau. J'ai eu bien souvent recours, d'après lui, à ce mode d'occlusion, et j'en ai constaté les heureux effets comme topique doux, toutes les fois qu'il est employé à propos et avec soin.

M. Furnari, dans le même but, a modifié le procédé de Mayor, et préconisé en 1843 l'usage du coton gommé, après l'opération de la cataracte. Il trempait des rondelles de coton cardé dans une solution de gomme et les fixait sur le pourtour des paupières fermées, sans autre appareil. L'adhésion se faisait bien d'abord, mais devenait inégale ensuite; et M. Furnari a dû y renoncer.

M. Bonnafond ne paraît pas avoir eu connaissance de ces faits-là.

Mais bien avant que le coton eût été substitué lui-même à quelques-uns des bandages dont nous avons parlé d'abord, on avait pratiqué l'occlusion des paupières à l'aide des moyens adhésifs les plus usuels.

J'ai vu dès 1833 et 1834, au Val-de-Grâce, mon ancien et vénérable maître, M. Gama, alors chirurgien en chef de cet hôpital, rapprocher les paupières dans des cas d'ophthalmie chronique, les recouvrir d'un peu de charpie, et les maintenir fermées pendant deux ou trois jours, à l'aide de bandelettes de sparadrap. Le succès quelquefois a été inespéré, notamment dans un cas de kératite ulcéreuse, avec photophobie intense, contre lequel d'autres moyens avaient échoué.

couteau de table. Une perforation de la cornée, compliquée de procidence de l'iris, mettait en danger l'organe blessé. Mon père, après avoir réduit à l'aide d'un stylet le prolapsus irien, appliqua sur l'œil un appareil d'occlusion complète et inamovible pendant plusieurs jours, en y ajoutant l'influence salutaire d'une obscurité absolue. A la levée de l'appareil, la plaie se trouvait cicatrisée; la cicatrice devint plus tard imperceptible, et la vue resta intacte.

*

C'est vers la même époque ou un peu plus tard, que M. Bégin, d'ailleurs cité par M. Bonnafond, a employé à peu près le même mode d'occlusion dans des cas analogues. J'en ai retrouvé l'indication parmi mes notes, et M. Bégin lui-même a fait connaître en peu de mots à l'Académie les résultats de sa pratique à cet égard.

Témoin de ces essais et encouragé à les continuer moi-même, en variant du reste, sans importance, le procédé d'occlusion adhésive, j'en ai obtenu à mon tour d'heureux résultats.

L'un de nos plus éminents collègues, pour lequel rien n'est étranger ou nouveau dans l'exercice et le perfectionnement de l'art, M. Velpeau, également cité par M. Bonnafond, n'a pas manqué d'essayer divers modes d'occlusion des paupières, et les bandelettes agglutinatives, ainsi que d'autres moyens encore, dans le traitement de certaines formes d'ophthalmies, et spécialement contre le chémosis. Son but était, je crois, d'obtenir par compression la résorption du sang ou de la sérosité infiltrée, mais je ne sache pas qu'il ait retiré de ce moyen les avantages qu'il conteste peut-être même à la méthode. Je dois laisser à M. Velpeau le soin d'exposer ses propres idées à ce sujet.

Bien d'autres chirurgiens ou ophthalmologistes, dont je citerai tout à l'heure quelques-uns encore, ont expérimenté aussi, soit des procédés anciens, soit des procédés nouveaux d'occlusion, avec des résultats sans doute très variés, pour la plupart dans des conditions spéciales, dans des cas isolés ou partiels, et non dans leur ensemble, ou comme méthode proprement dite.

C'est là un point délicat de la question soulevée d'une autre manière par M. Bonnafond, et dont l'examen, je l'avoue, m'embarrasse un peu, puisqu'il s'agit d'apprécier la valeur du principe et de la méthode elle-même d'occlusion des paupières. Je prie donc l'Académie de vouloir bien me conserver son indulgente attention, car je suis obligé à présent de lui parler de moi-même.

Instruit d'abord des faits de la pratique de mon père, et témoin ensuite de quelques-uns de ceux qui appartenaient

à MM. Gama et Bégin, je cherchai, vers la fin de 1837, si l'on ne pourrait pas appliquer l'occlusion d'une manière plus fréquente qu'on ne l'avait fait jusqu'alors. On ne pense pas assurément que j'eusse l'intention de substituer une méthode trop exclusive aux agents si nombreux et si utiles de la thérapeutique oculaire, et je n'ai pas besoin de me défendre d'une semblable prétention. Je voulais seulement établir la méthode éclectique pour ainsi dire de l'occlusion dans le traitement de certaines ophthalmies, ou de quelques-unes de leurs conséquences en général, et spécialement des ulcérations de la cornée, dans les cas surtout de kératite chronique, ou alors que les autres médications auraient échoué. Ces ulcérations, comparables aux ulcères atoniques des membres, me semblaient susceptibles de guérir par l'occlusion prolongée ou inamovible des paupières, comme guérissent les ulcères des jambes, par la méthode dite de Baynton, ou l'application à demeure des bandelettes agglutinatives. L'expérimentation, faite tantôt avec des bandages légers ou même avec des pansements analogues à celui de M. Bonnafond, tantôt avec des moyens adhésifs ou bien avec de l'ouate et des bandelettes, réalisa, sinon toujours, au moins souvent, mes espérances en ce qui concerne les ulcérations anciennes de la cornée.

La fréquence des ophthalmies dans l'armée me permit de multiplier les expériences au Val-de-Grâce, en même temps que le séjour des malades à l'hôpital, se trouvant moins long, réduisait ainsi le prix des journées. Parmi les faits nombreux que j'ai observés dès les premiers temps, l'un de ceux qui m'encouragèrent le plus à persévérer dans l'adoption de cette méthode, était relatif à un jeune soldat qui me semblait entretenir ou avoir provoqué depuis longtemps une ophthalmie (kératite ulcéreuse) pour laquelle il espérait être réformé. Divers traitements avaient été employés sans succès. J'eus recours à l'occlusion hermétique des paupières, et le malade, guéri malgré lui, fut renvoyé à son régiment. Je n'ai pas négligé depuis, dans des circonstances semblables, l'utile application de cette méthode ; et je la recommande,

avec les soins qu'elle exige, à mes camarades de l'armée.

A part ce que j'ai pu étudier encore et enseigner depuis une quinzaine d'années, dans mes cours du Val-de-Grâce, j'ai eu quelquefois l'occasion d'indiquer ailleurs les résultats de mes recherches sur l'occlusion des paupières. Il me suffirait de citer la Société de chirurgie et la Société médicale d'émulation, pour m'étayer de ce témoignage même, si j'avais la prétention de revendiquer en cela une priorité. Je n'ajouterai que peu de mots à ce qui m'est indirectement personnel dans cette question.

Un médecin italien, M. Gennaro Barracano, de Naples, m'a écrit en 1852 une lettre trop obligeante pour que je la reproduise ici, en m'indiquant que depuis 1831 il avait eu recours à l'occlusion des paupières dans le traitement des ulcères de la cornée, comme plus tard j'en avais généralisé l'emploi.

Voyons ce qui touche encore à la méthode et aux procédés de l'occlusion.

Je dois tout d'abord, avec M. Bonnafond, citer M. Piorry pour avoir employé dans ce but et avec avantage les bandelettes adhésives de taffetas gommé. C'était pour la première fois en 1832, à la Maison de refuge des orphelins du choléra, et pendant la deuxième période d'une ophthalmie épidémique. Il a sans doute eu recours depuis au même moyen, et notre savant collègue ne manquera pas de faire connaître lui-même à l'Académie les résultats de son expérimentation.

Mais M. Bonnafond ne paraît pas avoir eu connaissance de plusieurs autres recherches faites dans le même sens, et qui méritent de fixer un instant notre attention.

Ainsi, M. Pétrequin (de Lyon), dans un essai fait en 1838, a obtenu la guérison prompte d'une kératite ulcéreuse par l'occlusion avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre recouvertes, je crois, d'un bandage, et il a renouvelé ensuite l'application du même moyen dans des cas analogues.

M. Hairion (de Louvain) ayant appris plus tard ce qu'avait fait M. Pétrequin, a expérimenté aussi les bandelettes de taffetas sans en obtenir le même avantage.

M. Furnari, dans une lettre adressée à M. Hairion, en février 1854, préconise de nouveau ces bandelettes de préférence aux bandages dont il rappelle les inconvénients.

M. Deval, que ses travaux en ophthalmologie ont justement distingué, accorde également aux bandelettes de taffetas d'Angleterre la supériorité sur les bandages comme étant, dit-il, plus en harmonie avec la délicatesse de l'organe sur lequel on les applique.

M. Warlomont (de Bruxelles) a conseillé les bandelettes de baudruche gommée, au début de l'ophthalmie gonorrhéique pour préserver l'œil sain.

Bien d'autres praticiens, du reste, peut-être même avant ceux que je viens de citer, mais assurément après eux, et M. Bonnafond aussi, ont essayé, sinon employé souvent les bandelettes de taffetas gommé comme moyen d'occlusion des paupières.

Ce procédé cependant n'a pas prévalu, parce que les bandelettes, appliquées seules et sans bandages, se relâchent ou se détachent assez vite ; elles laissent les paupières s'écarter, se renverser même quelquefois, en dedans ou en dehors, en provoquant ainsi l'irritation de l'œil qu'elles devraient protéger ; ou bien elles adhèrent trop fortement aux cils et les arrachent, ou bien elles peuvent provoquer l'érythème des paupières, et, plus rarement enfin, l'érysipèle de la face.

Tels sont, du moins, les reproches applicables, quoique avec une certaine réserve, à ce mode d'occlusion ; car je les considère, pour ma part, comme exagérés, sinon quelquefois comme illusoires, si l'on a soin d'appliquer, de surveiller et de renouveler ces bandelettes avec l'attention convenable. On pourrait, d'ailleurs, comme je l'ai fait souvent, placer au-dessous d'elles un peu de coton pour préserver les paupières de leur contact immédiat.

Quoi qu'il en soit, l'un des observateurs que M. Bonnafond a omis de citer, M. Hairion, attribuant à ce procédé comme aux bandages et aux autres modes d'occlusion les inconvénients déjà signalés, a eu l'heureuse idée de leur substituer

un moyen nouveau dont les applications nombreuses semblaient précisément réclamer celle-là. Il s'agit du collodion que l'habile ophthalmologiste de Louvain préconisa pour la première fois en 1849 (1). Ce fut, à propos de ce moyen, que M. Hairion attribua l'idée de l'occlusion fixe à M. Pétrequin, comme ensuite MM. Deval et Furnari en accordèrent le mérite à M. Hairion lui-même, comme enfin M. Bonnafond semble s'en faire honneur à son tour, sans avoir recherché tout ce qui avait été fait précédemment dans le même sens.

Disons donc quelques mots du collodion, employé d'abord par M. Hairion comme mode d'occlusion des paupières, sans avoir besoin de rappeler ici les qualités de préparation que doit offrir cette substance pour être facilement adhésive. La manière dont le médecin belge a procédé tout d'abord à l'occlusion est fort simple. Les paupières étant rapprochées, il appliquait le long de leurs bords ciliaires avec un pinceau une couche légère de collodion transformé par une dessiccation rapide en une pellicule mince, grisâtre et adhérente. Cette pellicule, si elle reste libre, se détache d'ordinaire au bout de deux ou trois jours, un peu plus tôt, un peu plus tard, selon son degré d'épaisseur et d'adhésion aux cils plus ou moins longs et rapprochés, selon aussi l'abondance des matières sécrétées à la surface de l'œil, selon enfin la mobilité naturelle des paupières et la docilité des malades.

Mais, laissé ainsi à découvert, le collodion s'écaille souvent assez vite, se détache et laisse prématurément l'œil à nu, ou bien, agglutiné trop fortement aux cils, il en provoque l'arrachement par la disjonction des paupières.

Une bandelette imbibée de collodion, et superposée à la couche immédiate, les maintient plus sûrement en contact; mais l'action irritante du topique adhésif enflamme parfois la conjonctive et entretient, si elle n'accroit pas l'ophthalmie, en augmentant la sécrétion des larmes ou de l'écoulement oculaire par quelque point désuni des paupières et surtout vers le grand angle de l'œil.

(1) *Annales d'oculistique*, tome XXI.

Cependant, il faut le dire, avec un peu de précaution on évite en général ces inconvénients. Pour y obvier, d'ailleurs, d'une manière plus sûre, on dispose, comme je le fais souvent, deux bandelettes séparées, parallèles au bord libre de chaque paupière, et imprégnées de collodion, après avoir d'abord placé verticalement deux fils à distance, dont les chefs se nouent et se dénouent à volonté au-devant des bandelettes, en fermant ainsi ou en ouvrant les paupières.

L'application du collodion a été enfin heureusement modifiée par M. Hairion lui-même. Cette modification consiste simplement à abaisser le plus possible la paupière supérieure, de façon à faire agglutiner les cils sur la surface cutanée de la paupière inférieure, et à préserver ainsi la conjonctive de tout contact irritant.

J'ai eu recours bien souvent, au Val-de-Grâce, à l'occlusion palpébrale, et je reconnais, comme M. Hairion, que ce procédé est généralement supérieur aux bandages ; mais il offre beaucoup d'analogie avec les bandelettes emplastiques ou adhésives, et partage ainsi quelques-uns de leurs avantages et de leurs inconvénients.

Le premier effet qui résulte de son application, est une sensation de froid due à l'évaporation rapide de l'éther, et suivie d'une sensation toute contraire de chaleur, avec cuisson assez vive pour agir quelquefois comme une brûlure, et pour provoquer même, chez certains malades, une répugnance extrême à la réapplication du collodion. M. Furnari, par exemple, a constaté des résultats de ce genre.

Il ne faut pas toutefois méconnaître l'utilité réelle de ce mode d'occlusion, tel qu'il est favorablement modifié. Le contact des paupières est facile et l'œil préservé des irritations extérieures, d'une compression trop forte ou de mouvements trop actifs, permet de ménager vers l'angle lacrymal un hiatus pour l'écoulement des liquides sécrétés. M. Ch. Deval a, du reste, bien démontré ces avantages, et je n'y insiste pas ; mais je m'étonne que M. Bonnafond, qui a préconisé le collodion dans le traitement des orchites, n'ait

pas fait mention de l'emploi de cette substance dans le traitement des ophthalmies (1).

Une ou deux questions pratiques se présentent ici. La méthode de l'occlusion étant admise, à quelle époque d'abord faut-il y recourir en général, à part les indications spéciales? Alors seulement, selon moi, que toute autre médication n'offre pas ou n'offre plus de chance de guérison plus certaine ou plus rationnelle, et principalement pour prévenir ou combattre les effets mécaniques de certaines lésions accidentelles des yeux, ou bien pour modifier et faire disparaître les complications secondaires de quelques affections ophthalmiques.

Faut-il ensuite couvrir les deux yeux à la fois, ou faut-il n'en fermer qu'un seul ? Une remarque judicieuse a été faite et reproduite ailleurs par notre savant collègue M. Malgaigne : c'est que si l'on ferme volontairement un seul œil, en appliquant le doigt sur les paupières ainsi closes, on sent les mouvements de cet œil suivre, avec une sorte d'isochronisme, tous les mouvements de l'œil découvert. De là l'insuffisance de l'occlusion palpébrale d'un seul côté, pour prévenir cette mobilité synergique, et la nécessité de fermer à la fois les deux yeux. Il ne me semble pas que la conséquence de ce raisonnement soit d'une rigoureuse application en général, à moins de nécessité, d'après la nature et le degré d'altération semblable des deux yeux, encore moins lorsqu'un seul œil est malade.

De là, par conséquent, l'occlusion simple ou unioculaire et l'occlusion double ou binoculaire, alternative ou continue, ou bien amovo-inamovible, simple, composée, compressive, l'occlusion variable, en un mot, dans son application, dans sa durée, comme dans le choix de ses procédés.

Ces modifications, même dans l'emploi du collodion, permettent aisément de le combiner, comme d'autres modes d'occlusion, avec la plupart des méthodes de traitement ap-

(1) *Du collodion dans le traitement de quelques maladies oculaires* (*Union médicale*, 4 avril 1850).

plicables aux maladies des yeux en général et aux ophthalmies en particulier. J'ai du moins toujours agi de la sorte, pour ma part, et je ne comprends pas que l'on puisse, dans les cas même les plus favorables, adopter l'occlusion d'une manière absolue, comme semble le recommander M. Bonnafond.

Je ne saurais point exposer ici, à cette occasion, la part qu'avait bien voulu faire à mes recherches le savant et regrettable fondateur des *Annales d'oculistique*, M. Florent Cunier, dans une discussion soutenue par lui à l'Académie de médecine de Belgique. Il s'était montré assez partisan du principe de l'occlusion, tout en préférant au collodion des appareils légers, mais en maintenant l'utilité des autres méthodes de traitement combinées avec celle que l'on pourrait appeler, il me semble, *occlusion mixte.*

C'est dans la même intention, mais à l'insu de ce qui avait été fait par d'autres, que M. le professeur Forget (de Strasbourg) a proposé (1) d'ajouter ou de substituer en partie aux divers traitements des ophthalmies, 1° les applications froides, 2° l'occlusion des paupières ; « procédés qui ne sont pas nouveaux, sans doute, dit avec bonne foi le digne correspondant de l'Académie, mais qui ne sont pas, nous en sommes convaincus, appréciés à leur juste valeur. » Il ajoute aux avantages attribués à l'occlusion, celui d'une compression douce, égale, permanente, exercée sur l'œil par les paupières, pour peu qu'elles soient soutenues, et la facilité d'absorption des topiques médicamenteux interposés entre elles et l'œil malade.

M. Forget se sert simplement d'un bandeau imbibé d'eau froide, et cite trois cas d'ophthalmie en quelque sorte désespérée, dont la guérison ayant résisté à tous les traitements, n'a été obtenue que par l'occlusion réfrigérante, si toutefois cette désignation lui paraît acceptable.

M. Bonnafond regrettera sans doute encore de n'avoir pas

(1) *Du traitement de l'ophthalmie, notamment par l'occlusion des paupières* (*Bulletin de thérapeutique*, 15 janvier 1852, et *Annales d'oculistique*, 1er semestre 1852).

eu connaissance du travail de notre honorable confrère de Strasbourg.

J'exprimerai pour lui le même regret, à l'occasion d'une lettre adressée à M. Hairion par M. Furnari, sur l'occlusion palpébrale (1). Il rappelle, dans cette lettre, avoir fait connaître la pratique des thébibs arabes, et il expose les avantages de cette méthode antiophthalmique dans différents cas. M. Hairion, dans sa réponse, se déclare très partisan aussi de l'occlusion en général, et en cite quelques applications spéciales que nous avons signalées ailleurs.

Mais M. Bonnafond lui-même, avant la communication qu'il a faite à l'Académie, avait essayé l'emploi de quelques-uns des modes d'occlusion précités, tels que le collodion, le taffetas emplastique et le sparadrap, auquel il semblait même s'être arrêté, comme étant d'une application plus simple et plus facile (2). Il ajoutait seulement au morceau de sparadrap un peu de charpie et une bande ou un bandeau noir. Il assure enfin que les ophthalmies les plus aiguës avaient été guéries de cette façon en douze jours.

Son *mode d'occlusion nouveau* est-il, comme il l'avance, un perfectionnement de celui-là, et plus encore, selon lui, la meilleure *méthode* de traitement des ophthalmies ? Notre honorable collègue nous permettra d'en douter, eu égard même à la composition de cet appareil, qui me semble offrir les inconvénients de la plupart des bandages trop épais, comme j'ai tâché de le démontrer en commençant cette discussion.

Je ne puis cependant la finir, sans résumer avec précision toute ma pensée sur la valeur générale de l'occlusion des paupières. Le principe de cette méthode me paraît utile, la méthode elle-même très rationnelle, et l'application praticable par des procédés différents, mais aux conditions suivantes :

(1) *Annales d'oculistique*, 5 février 1854.

(2) *Traitement des ophthalmies par l'occlusion complète des yeux* (*Annales d'ophthalmologie*, novembre et décembre 1853.)

1° Lorsque d'autres méthodes de traitement sont insuffisantes ou susceptibles de se combiner avec celle-là ;

2° Lorsque les indications bien définies réclament, d'après l'expérience acquise et d'une manière déterminée, l'emploi de l'occlusion par les procédés les plus simples;

3° Lorsque, toutes choses égales d'ailleurs, des malades indociles se prêteraient moins facilement à l'application des autres remèdes de la thérapeutique oculaire. Les enfants, les gens de la campagne, les conscrits, les aliénés, sont souvent dans cette situation-là.

Telles sont en définitive les conditions qui me paraissent essentielles pour faire adopter le principe de l'occlusion des paupières, en le subordonnant à l'appréciation clinique.

Il me resterait à exposer les indications spéciales ou pratiques de la méthode, mais le temps me manque, l'heure avance, et je craindrais d'abuser de la bienveillante attention de l'Académie, en prolongeant davantage cette longue argumentation. Il me suffira peut-être d'énoncer les principaux cas auxquels l'occlusion des paupières serait applicable, non-seulement pour les ophthalmies, mais encore pour diverses autres maladies des yeux.

En premier lieu, je citerai certaines blessures du globe de l'œil, et notamment la plupart des plaies qui peuvent faire craindre l'évacuation des humeurs et la hernie des membranes, pourvu que l'on ait extrait les corps étrangers préalablement à l'occlusion.

D'autres lésions mécaniques peuvent réclamer l'emploi de eette méthode ; la contusion, par exemple, pour prévenir l'inflammation, la commotion même pour faire résorber les épanchements ou éloigner l'amaurose, et l'ophthalmoptose pour réduire et maintenir l'œil déplacé. Je n'ai trouvé à cet égard aucune indication précise dans les auteurs. Je joindrai à cette série les congestions oculaires passives, telles que l'hydrophthalmie.

Mais les congestions actives, le phlegmon oculaire surtout et l'exophthalmie symptomatique, semblent contre-indiquer absolument l'occlusion complète.

Elle trouve ses indications les plus fréquentes dans les ophthalmies de certaine nature, et à la période stationnaire ou chronique plutôt qu'à la période aiguë, à moins que ce ne soit alors sous forme d'occlusion complète, réfrigérante ou émolliente. Il n'est pas besoin de rappeler ici l'insuffisance ou l'abus de beaucoup de remèdes dits anti-ophthalmiques ; mais l'occlusion des paupières me paraîtrait la plus mauvaise de toutes les méthodes contre les ophthalmies purulentes, à leur période d'accroissement si rapide et si menaçant pour la vue.

Parmi les affections de la conjonctive, le chémosis sanguin ou séreux se résorbe assez bien sous l'influence de l'occlusion, qui peut être utile aussi pour réduire, sinon effacer, les granulations et les varicosités ; mais elle serait contre-indiquée dans les cas de brûlures, de ptérygion et d'encanthis, comme pouvant provoquer des adhérences oculo-palpébrales, ou le symblépharon.

C'est aux maladies de la cornée que l'occlusion semble plus particalièrement applicable. La kératite ulcéreuse chronique a, comme je l'ai dit, fixé surtout mon attention, lors des premiers essais que j'ai faits de cette méthode. Elle me semble rationnelle pour faciliter la cicatrisation des plaies récentes de la cornée, aussi bien que des ulcérations anciennes, et pour prévenir les procidences de l'iris, l'issue des humeurs et la fonte de l'œil lorsqu'il y a perforation pénétrante.

Elle peut favoriser l'affaissement des staphylômes de la cornée (ou kératocèles), la résorption des opacités superficielles (néphélion et albugo), et l'oblitération des fistules cornéennes. Elle me paraît enfin pouvoir être substituée avec avantage à la méthode souvent insuffisante ou abusive de la cautérisation. Mais l'occlusion palpébrale aurait peut-être des inconvénients, dans les cas de suppuration ou d'abcès (onyx, ou hypopyon).

Quant aux affections de l'iris, ses blessures et sa procidence, avons-nous dit, réclament l'occlusion, soit primitive, soit consécutive à la réduction du staphylôme ; l'effet

en serait d'ailleurs facilité par l'emploi de la belladone. La même remarque appartiendrait au pansement de la pupille artificielle.

L'iritis traumatique ou syphilitique, en raison surtout de la photophobie et des réactions vives sur l'appareil nerveux de la vision, requiert aussi l'emploi de l'occlusion, mais non l'occlusion inamovible, qui aurait le grave inconvénient de favoriser des adhérences ou synéchies, soit avec la cornée, soit avec la capsule du cristallin. A plus forte raison ne faudrait-il pas y recourir si ces adhérences existaient déjà.

L'expérience nous manque pour pouvoir rien dire de l'occlusion applicable aux maladies de la sclérotique et de la choroïde, sinon qu'elle me paraîtrait rationnelle dans certaines lésions mécaniques de ces membranes.

Les maladies du cristallin et de sa capsule résumées dans la cataracte, indiquent l'emploi de la méthode d'occlusion après l'opération par extraction, et surtout après la kératotomie inférieure, pour prévenir l'issue des humeurs de l'œil et favoriser la cicatrisation du lambeau. On y aurait recours aussi dans les cas assez rares de luxation du cristallin, dont j'ai eu occasion de rencontrer un exemple remarquable.

Restent les affections moins appréciables du fond de l'œil, et les modifications ou les troubles de la sensibilité visuelle tendant à déterminer la myopie, la presbyopie, la diplopie, l'héméralopie, et enfin l'amaurose.

L'occlusion, dans la plupart de ces conditions-là, n'a pas été suffisamment expérimentée ; elle ne semble même pas devoir être d'une grande utilité, sinon comme moyen de diagnostic, pour apprécier le degré de contractilité de la pupille et le phénomène si bien décrit par M. Serres (d'Alais) sous le nom de phosphènes.

Cependant j'ai obtenu par l'occlusion diurne et alternative la diminution passagère d'un nystagmus double des plus prononcés ; et il me semble que pour d'autres névropathies oculaires, pour l'héméralopie surtout, si fréquente dans l'armée, et souvent rebelle à la plupart des ressources de la thérapeutique, on obtiendrait au moins de cette méthode

qnelques effets palliatifs, que l'on a peut-être tort de négliger ou de contester, faute d'en avoir fait l'essai. J'y aurais quelque confiance, pour ma part, dans certaines formes de myopie ; mais par des raisons contraires et facilement admissibles, je crois que l'occlusion, surtout compressive, serait plus nuisible qu'utile à la presbyopie, en provoquant peut-être même la cécité.

Les maladies des annexes de l'œil offrent quelques indications à la méthode de l'occlusion palpébrale. Le strabisme, par exemple, s'il existe à un faible degré, peut être sensiblement amélioré par l'application d'un bandeau sur l'œil dévié pour le reposer, ou sur l'œil fort pour exercer le plus faible.

L'emploi, enfin, de cette méthode ne doit être fait qu'avec réserve dans les maladies elles-mêmes des paupières, si ce n'est pour faciliter la réunion des plaies accidentelles et des opérations de blépharoplastie, le redressement méthodique des rebords palpébraux et ciliaires déviés (ectropion, entropion et trichiasis, la résolution des ecchymoses, de l'œdème et de l'emphysème des paupières, et le blépharospasme). Hors ces cas ou à peu près, on aurait à craindre de provoquer par l'occlusion des adhérences fâcheuses comme dans les cas de brûlures, de blépharites muqueuses et ciliaires.

Ajoutons à toutes ces considérations que l'occlusion la plus absolue, ou l'ankyloblépharon artificiel, a été pratiquée, notamment par MM. Maisonneuve, Nélaton et Hairion, pour soustraire le globe de l'œil, dont les fonctions étaient d'ailleurs entièrement perdues, à l'action de l'air et des corps étrangers, en laissant les points lacrymaux perméables aux larmes.

La conclusion sommaire de tous les faits que je viens d'avoir l'honneur d'exposer devant l'Académie me paraît devoir être formulée à peu près de la manière suivante :

L'occlusion des paupières dans le traitement des maladies des yeux en général, et des ophthalmies en particulier, est une méthode dont l'origine est fort ancienne, mais dont l'emploi, autrefois restreint à des cas isolés, s'est étendu

aujourd'hui à bon nombre d'indications communes, et doit s'associer désormais aux différentes ressources de la thérapeutique oculaire.

Cette méthode comporte des procédés ou modes divers et des modifications nombreuses, dont le perfectionnement simplifié vulgarisera un jour l'étude des maladies des yeux, loin de la restreindre de plus en plus dans le cercle des spécialités.

Mais si ce système, bien combiné, offre des avantages réels, il ne laisse pas que d'avoir des inconvénients incontestables, lorsqu'il n'est pas appliqué avec discernement. On ne saurait donc en faire une méthode exclusive pour la substituer sans distinction aux autres moyens de traitement, sous peine de la réduire aux hasards de l'empirisme, au lieu de la soumettre à la sanction de l'expérience.